

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

382

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 15 juillet 1907, à 1 heure

Par

Maurice MORILLON

Né à Civray (Vienne) le 17 décembre 1882

DE LA SYPHILIS LINGUALE

SCLÉRO-GOMMEUSE HÉRÉDITAIRE

Président : M. GAUCHER, professeur.

*Juges : { MM. ROGER, professeur.
LEGRY et MACAIGNE, agrégés.*

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

382

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 13 juillet 1907, à 1 heure

Par

Maurice MORILLON

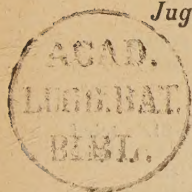
Né à Civray (Vienne) le 17 décembre 1882

DE LA SYPHILIS LINGUALE

SCLÉRO-GOMMEUSE HÉRÉDITAIRE

Président : M. GAUCHER, professeur.

*Juges : { MM. ROGER, professeur.
LEGRY et MACAIGNE, agrégés.*



PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. DEBOVE.
	Professeurs	MM.
Anatomie.		N...
Physiologie		Ch. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Operations et appareils		N....
Pharmacologie et matière médicale.		SEGOND
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	}	TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.		De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	}	N.....
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.
Agrégés en exercice.		
MM.		
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE
BRANCA	FAURE	MAILLARD
BEZANÇON	GOSSET	MARION
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE
BROCA (ANDRÉ)	JEANSELME	MERY
CARNOT	LABBE	MORESTIN
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI
CUNEO	LACROIX	PROUST
DEMELIN	LEGREY	RENON
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD
		RIEFFEL (chef
		des trav. anat.)
		TEISSIER
		THIROLOIX
		VAQUEZ
		WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Dont le travail acharné a toujours été et sera toujours
pour moi le meilleur exemple, bien faible hom-
mage de reconnaissance sans borne, de profonde
admiration et d'inaltérable affection.*

A MA SŒUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MERY

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter cette Faculté il m'est un devoir bien agréable à remplir : c'est celui de venir remercier publiquement les maîtres qui m'ont encouragé et guidé dans le cours de mes études médicales.

M. le professeur BERGER, chirurgien à l'hôpital Necker, a droit à toute ma reconnaissance non seulement pour son enseignement chirurgical si intéressant, mais aussi pour la bienveillance avec laquelle il a bien voulu donner ses conseils éclairés à une personne qui m'est chère. Je suis particulièrement heureux de lui en exprimer ici toute ma gratitude.

Grâce au regretté professeur BUDIN, je suis arrivé à parfaire mon instruction dans l'art des accouchements, et, ses leçons si instructives m'ont singulièrement facilité l'étude des questions relatives au nouveau-né.

M. le professeur agrégé MÉRY, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades, a doublement droit à mes remerciements, pour m'avoir initié à la connaissance si

attrayante des maladies de l'enfance et pour m'avoir inspiré le sujet de cette thèse.

Toute ma reconnaissance est également acquise à son chef de clinique, M. le D^r ARMAND-DELILLE pour l'amabilité avec laquelle il m'a donné tous les renseignements qui pouvaient m'être utiles à la confection de ce modeste travail.

Que M. le professeur GAUCHER veuille bien recevoir mes vifs remerciements pour l'honneur qu'il me fit en acceptant la présidence de cette thèse.

Je remercie enfin tous les maîtres dont j'ai suivi les précieux enseignements tant à la Faculté de médecine que dans les Hôpitaux.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La cavité bucco-pharyngée est le siège de prédilection des lésions d'hérédo-syphilis tardive. Dans son beau livre sur *La syphilis héréditaire tardive*, paru en 1886, M. le professeur A. Fournier, sur 212 cas de lésions de syphilis héréditaire, trouve en effet 46 gommes de la bouche en général, c'est-à-dire 21 à 22 0/0 du nombre total des lésions.

Mais alors que, sur les 46 cas en question, il en est 30 où elles ont occupé exclusivement le voile, il ne cite que 4 cas où les gommes ont eu la langue pour siège.

Et, à propos de cette localisation, M. Fournier s'exprime ainsi : « Les ulcérations gommeuses de la langue n'ont pas, que je sache, été signalées jusqu'à ce jour, en tant que manifestations de syphilis héréditaire tardive. »

Et en effet il m'a été impossible d'en trouver des observations avant cette époque.

La thèse si documentée qu'Augagneur présente en

1889 devant la faculté de médecine de Lyon, et où se trouvent réunies 80 observations de syphilis héréditaire tardive éparses dans la science, n'en fait même pas mention. Et depuis 1886, exception faite pour les quatre cas que cite Fournier, je n'ai pu en réunir plus de trois exemples.

Diard, dans sa thèse de 1901, sur *Les manifestations gommeuses de la syphilis héréditaire*, n'en cite que deux cas sur une cinquantaine d'observations qu'il rapporte.

C'est donc une lésion rare, très rare même. Mais à quoi attribuer cette rareté, qui paraît un peu anormale si l'on songe que dans la syphilis acquise la langue est, je ne dirai pas très souvent, mais enfin fréquemment, le siège de lésions gommeuses ?

Fournier l'explique très bien en disant : « Les lésions gommeuses de la langue ont dû cependant s'imposer maintes et maintes fois à l'observation. Il faut donc, ou bien qu'elles aient été indûment rapportées à des syphilis acquises, ou bien qu'elles soient restées méconçues comme nature. » Et en effet il est fort probable, qu'un grand nombre d'ulcérations gommeuses, siégeant sur la langue et attribuables à la syphilis héréditaire, ont été rapportées à autre chose et surtout à la scrofule « car c'est là le sort commun de toutes les ulcérations gommeuses de la bouche. » Et un peu plus loin Fournier ajoute : « Il m'est avis que le bilan du lupus des muqueuses bucco-gutturales serait singulièrement allégé, si l'on en défalquait nombre de cas dont il s'est illégitimement enrichi et cela aux dépens de

l'hérédo-syphilis. » Le but de cette thèse est non seulement de publier une observation nouvelle et véritablement typique de syphilis linguale scléro-gommeuse héréditaire, observation recueillie dans le beau service de mon excellent maître le Dr Méry à l'hôpital des Enfants-Malades, mais encore d'attirer l'attention des praticiens sur une lésion fort rare en vérité, mais qui réellement est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit. Aussi après quelques mots sur l'étiologie de cette lésion étudierai-je en détail sa symptomatologie et surtout son diagnostic différentiel. Il est à peine besoin en effet de faire ressortir toute l'importance de ce diagnostic, question capitale en l'espèce au point de vue du pronostic, puisque méconnue, et partant pas traitée, au moins à l'aide d'une thérapeutique appropriée, la lésion peut aboutir à des délabrements et à une chronicité désespérante tandis qu'un traitement rationnel en enrayera heureusement et facilement la marche.

en particulier. Certains (1) cependant non sans preuve et sans apparence de raison ont pu incriminer le traumatisme ou diverses modifications générales, physiologiques et pathologiques. Mais je n'insisterai pas davantage et passerai immédiatement à la symptomatologie.

1. Voyez : HENRI DIARD, *Thèse de Paris*, 1901.

SYMPTOMATOLOGIE ET DESCRIPTION

La syphilis linguale scléro-gommeuse héréditaire est caractérisée, comme son nom l'indique, par l'association d'un processus scléreux et d'un processus gommeux. Je ne puis mieux faire que de citer ici l'observation que j'ai recueillie aux Enfants-Malades. Elle est véritablement typique et la lésion linguale est comme on va le voir absolument identique à la lésion de même nature que produit la syphilis acquise à la période tertiaire.

Observation I (inédite).

Syphilis linguale scléro-gommeuse héréditaire. (Recueillie dans le service du D^r MÉRY aux Enfants-Malades.)

Charles Do..., âgé de 9 ans. Entré le 12 novembre 1906, salle Bouchut, lit n° 18, à l'hôpital des Enfants-Malades.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — A) Père *syphilitique*, éthylique, mort accidentellement à 35 ans, à Lariboisière, à la suite d'une chute faite sur les fortifications.

B) Mère, mariée à 20 ans, elle a une première grossesse à 21 ans et accouche d'une petite fille qui naît à terme, vit jusqu'à 4 ans, et meurt de méningite tuberculeuse. Lors de cette première grossesse la mère n'était pas encore contaminée. Elle l'est quelque temps après par son mari qui avait contracté la syphilis pendant une séparation de quelques semaines et qui était alors en pleine *roséole*. L'*accident primitif* aurait siégé à un doigt de pied (?) puis apparaissent : de la *céphalée*, une *roséole*, des *plaques muqueuses* à la gorge et une *angine*. La malade a été soignée en secret par son mari au moyen de *pilules*. A ce moment, cette femme étant âgée de 23 ans, il survient une seconde grossesse. Un enfant naît à terme, il est nourri au lait bouilli pendant un mois, mais *il ne tarde pas à succomber sans accidents*.

Immédiatement après troisième grossesse ; naissance à terme d'un enfant pesant 4 kilos 250. C'est le malade actuel.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A l'âge de 15 jours, Charles D... commença à dépérir et présenta une *roséole* accompagnée de *psoriasis palmaire* et *plantaire*, léger *coryza*, *adénopathie inguinale* et *cervicale*, *syphilides péri-oculaires* et *péri-anales*. Un peu plus tard *adénopathie axillaire*. *Hydrocèle double* et *abondante* ; *kératite* et *légère conjonctivite*. Pas d'*écoulements d'oreilles*. Un médecin le soumet au traitement antisypilitique avec *frictions* et *iodure de potassium*.

A 1 an : selles sanglantes (?).

Depuis : Bronchite ; fluxion de poitrine ; diarrhée infantile ; rougeole à 5 ans, deux fois la coqueluche.

Depuis deux ou trois ans il présente un *coryza chronique*, mouche très épais et *sent très mauvais du nez*.

ÉTAT ACTUEL. — L'enfant s'est développé normalement. Il



SYPHILIS LINGUALE SCLÉRO-GOMMEUSE HÉRÉDITAIRE

Phot. due à l'obligeance de M. le D^r ARMAND-DELILLE

A. MICHALON, ÉDITEUR
PARIS

entre à l'hôpital pour des ulcérations linguales, qui, depuis quelque temps, le gênent à un tel point qu'il ne peut plus se nourrir que d'aliments liquides. Le début de l'affection remonterait à un an environ. A cette époque la mère aurait remarqué sur la langue de petites *gerçures* qui augmentèrent peu à peu d'étendue. Depuis un mois, *douleurs* très vives, *salivation* abondante et refus de tout aliment nécessitant un effort de mastication ou de déglutition.

Examen local. — La langue est légèrement *tuméfiée*, de coloration rosée dans son ensemble, présentant des *plaques dépapillées* séparées par des *sillons* et offrant l'aspect de la langue *parquetée*.

Les sillons se disposent de la façon suivante :

Sur la face dorsale, à la partie antérieure, existent trois sillons, profonds d'environ 5 à 8 millimètres, un médian et deux latéraux, disposés parallèlement. A la partie moyenne de cette même face dorsale, se voient deux sillons transversaux, s'entre-croisant en X. Enfin, il existe un autre sillon sur le bord latéral droit de l'organe.

Dans l'intervalle des sillons, les papilles ont disparu, la muqueuse est lisse, brillante, et présente plusieurs *plaques de leucoplasie* au niveau de l'union de sa face supérieure avec ses bords latéraux. Enfin, à gauche de la ligne médiane, la muqueuse est soulevée par une *tumeur* du volume d'une petite cerise. A la palpation, on constate une *induration scléreuse sous-muqueuse*, formant de véritables plaques entre les sillons. La petite tumeur est légèrement fluctuante.

La face inférieure de la langue présente de *l'épaississement scléreux* du chorion sous-muqueux.

Rien à la face interne des joues.

Rien au voile du palais.

Amygdales volumineuses.

En dehors de cet aspect, *scélo-gommeux* de la langue, caractéristique, le malade ne présente aucun stigmate d'hérédosyphilitis, ni *malformations dentaires* ou *craniennes*, ni *lésions oculaires* ou *auriculaires*, ni *déformations des tibias*.

Il est traité par des *injections* intramusculaires de *biodure de mercure*, à la dose de 4 milligrammes par injection. On lui en fait dans le service, une série de dix, à raison de une tous les jours. Sous l'influence de ce traitement, il ne tarde pas à s'améliorer, et à sa sortie de l'hôpital, la gomme s'est complètement affaissée, il n'en reste plus trace. Comme il persiste un peu d'induration, on recommande à la mère de faire chez elle dix *frictions mercurielles*.

A la fin de ce traitement, elle ramène son enfant à l'hôpital, et on constate que la langue est redevenue souple dans son ensemble, il ne persiste pas d'induration et les sillons eux-mêmes sont à peu près complètement effacés. Il y a longtemps que l'enfant ne souffre plus du tout en avalant.

Comme on le voit, dans cette belle observation rien ne manque. Le caractère hérédosyphilitique de la lésion est surabondamment prouvé et par les antécédents héréditaires et personnels du petit malade, et par les caractères objectifs de la langue, et par l'influence véritablement merveilleuse du traitement spécifique.

Étudions maintenant avec quelques détails en quoi consiste chacun des processus qui constituent la glosite scélo-gommeuse héréditaire.

Le processus de sclérose consiste en hyperplasie

cellulaire, en dépôts de cellules qui infiltrent les tissus de la langue. Plus tard ces éléments cellulaires se multiplient, s'organisent se condensent et forment une véritable trame fibro-plastique qui enserre et étouffe les éléments anatomiques propres de l'organe. La glossite scléreuse est alors constitué et elle se caractérise objectivement par quatre ordres de symptômes.

1° Une tuméfaction de la langue évidente mais peu considérable.

2° Un mamelonnement et une lobulation de la face dorsale. Ce dernier caractère constituant la caractéristique de la lésion. « La langue est transformée en une série de petits mamelons saillants, voisins les uns des autres, irréguliers de volume et de forme, et de cet ensemble d'éminences mamillaires juxtaposées, que sépare un réseau de sillons, résulte pour l'organe une apparence lobulée. » (A. Fournier.) Mais à quoi est due cette lobulation? A la formation de tractus néofibreux dans le sein de l'organe, tractus qui par leur rétraction attirent à eux le derme lingual d'où : formation de sillons plus ou moins profonds qui arrivent à atteindre comme dans l'observation que je viens de rapporter 5 à 8 millimètres de profondeur. Ces sillons peuvent affecter différentes directions. Il se passe en somme, du côté de la langue, ce qui se passe du côté de tous les organes sclérosés (foi, rein, etc.).

3° Une induration des parties affectées. Induration véritablement remarquable donnant à la palpation la sensation de morceaux de carton dans les points touchés.

4^o Enfin des altérations diverses de la muqueuse qui est unie, lisse, tendue, décapillée.

Ce processus de sclérose peut constituer à lui seul toute la lésion linguale. Témoin cette observation :

Observation II. — *Syphilis héréditaire tardive. Syphilides tuberculeuses. Infantilisme. Stigmates dentaires, oculaires, auriculaires; malformation du maxillaire supérieur.* (Recueil lie par Marcel CHAPON dans le service de A. FOURNIER.) *Résumée.*

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Le malade n'a plus ni son père ni sa mère qui sont morts « de la poitrine ». Le père était alcoolique *sujet aux laryngites*, ayant fréquemment les *abcès* dans le pli de l'aîne. En somme antécédents héréditaires peu nets.

ANTÉCÉDENTS COLLATÉRAUX ET PERSONNELS. — Le malade a eu un frère mort « de la poitrine » à 8 ans. Lui n'a jamais été malade et, quoique de constitution faible, il avait, assure-t-il, une bonne santé. Il n'a jamais eu *d'éruption* dans son jeune âge ; n'a jamais *souffert des yeux* ; n'a jamais eu *d'écoulements d'oreilles*. Il ajoute n'avoir jamais eu de *convulsions*. Cependant, il y a deux mois environ, il est entré à l'hôpital pour une lésion qu'il portait à la paume de la main droite, lésion qui a été considérée comme une *syphilide*. On lui fit des *injections* dont il ne peut dire la nature, et, au bout de quatre semaines, il fut guéri.

ÉTAT ACTUEL ; 1^o État général. — Aspect chétif et surtout *infantile*. On lui donnerait 12 ans et il en accuse 16. Il est en effet de petite taille, maigre ; périmètre thoracique au-dessous de la moyenne. Bras et jambes grêles. Rien à l'examen des pou-

mons. Cœur normal. Testicules mous, flasques, peu sensibles à la pression, d'un volume plus petit que la moyenne. L'intelligence est faible et lente.

2° *État local*. — Aucune cicatrice ni sur la peau, ni sur les muqueuses ; région fessière indemne ; crâne légèrement déformé. Les mâchoires ne peuvent se fermer complètement et il existe sur la ligne médiane au moins un demi-centimètre d'intervalle entre l'une et l'autre, même lorsque le malade fait effort pour les rapprocher. Sternum en carène. Tibias incurvés en dehors. Les dents antérieures de la mâchoire supérieure présentent un sillon transversal, mais il n'existe pas la véritable *dent d'Hutchinson*. *Palais en ogive*. La langue est elle aussi typique ; c'est la langue d'un syphilitique à la troisième période ; de *profonds sillons* la divisent en petits îlots ; elle est épaisse, rugueuse, *sclérosée* ; les parties latérales présentent surtout ces particularités (*glossite scléreuse*). *Syphilides*, notamment à la lèvre supérieure du côté droit de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, une autre au-dessous de la commissure droite, une troisième au niveau de la fossette mentonnière.

Du côté des oreilles : large perforation du tympan à gauche.

Dans cette observation, du côté de la langue, le processus de sclérose, identique d'ailleurs à celui de la syphilis linguale tertiaire acquise, constitue toute la lésion. Mais je n'insisterai pas sur cette forme n'ayant en vue que la forme scléro-gommeuse.

Voyons maintenant en quoi consiste le processus gommeux. Et d'abord comment naît la gomme ? Ou elle naît d'un des mamelons constitutifs de la glossite scléreuse, mamelon qui subit la dégénérescence gom-

meuse, ou bien elle se développe pour son propre compte dans une partie quelconque du tissu lingual et grossissant peu à peu arrive à atteindre le volume d'une cerise. Si un traitement approprié n'intervient pas cette gomme va se ramollir, s'ouvrir, s'ulcérer et évacuer son contenu comme c'est le cas dans l'observation que voici :

Observation III (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive, gommès de la langue.* (Recueillie par le Dr L. BROCC à l'hôpital Saint-Louis dans le service du professeur FOURNIER.)

Jeune homme de 24 ans, couvreur, entré le 13 janvier 1883 à l'hôpital. N'a jamais rien eu de suspect en tant que syphilis acquise.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père, âgé de 47 ans, alcoolique, rhumatisant, tuberculeux, et manifestations *syphilitique*. Affecté en 1857, c'est-à-dire deux ans avant la naissance de son fils, de divers accidents que plusieurs médecins ont considéré comme des *plaques muqueuses* (ulcérations aux lèvres, dans la bouche, et à l'anus). En 1860, il a présenté une *éruption généralisée* pour laquelle il alla consulter à la Pitié. Là, on lui dit que cette éruption était une suite de son *ancienne vérole*, et on le renvoya à l'hôpital du Midi où il fut soigné par le Dr Puche.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Enfant né à terme, bien portant. Allaité par sa mère. Un mois après sa naissance la mère a de *gros boutons aux parties*, et l'enfant présente, sur tout le corps, une *éruption* de petites *papules* rouges. Un médecin, consulté à cette époque, déclare que les parents ont tous les deux la

syphilis constitutionnelle et prononce même le mot de *plaques muqueuses* en parlant des lésions de la vulve chez la mère, de l'anús et de la bouche chez l'enfant. Ce dernier est traité pendant deux mois par des *bains de sublimé* ; les manifestations disparaissent.

A 18 mois il a une bronchite pour laquelle on lui applique sur le devant de la poitrine des vésicatoires qui ont laissé des cicatrices à bords assez nets et sinueux, arrondies, légèrement pigmentées et au niveau desquelles la peau est amincie et froncée de petits plis blancs radiés. Il a sur la partie latérale gauche du cou un foyer de suppuration qui a laissé une cicatrice déprimée, irrégulière, linéaire, à grand axe transversal.

Plus tard il a successivement : la gale, la scarlatine. A 16 ans hydrocèle gauche pour laquelle on lui fit, à Sainte-Eugénie, trois ponctions avec injections iodées.

Jamais d'*ulcérations* à la verge, il est impossible de trouver chez lui de commémoratifs de syphilis acquise :

Ni *céphalées nocturnes*, ni *chute de cheveux*, ni *boutons* sur le corps, etc.

Il n'a jamais eu d'*écoulements d'oreilles*, mais depuis un an, il en souffre et éprouve de temps en temps des élancements. Dort et mange bien.

L'affection, pour laquelle il entre à l'hôpital, remonte à un an environ. Il a commencé à avoir mal de gorge et peu à peu il s'est aperçu qu'il ne pouvait plus avaler aisément, que la parole devenait difficile et que les douleurs allaient en s'accroissant de jour en jour.

A l'examen. — Les ganglions sous-maxillaires des deux côtés sont engorgés et indolents ; les dents ne présentent rien de notable ; le voile du palais offre un piqueté rouge. La langue

est blanche à sa partie antérieure. Sa partie postérieure est profondément affectée.

A gauche, au niveau du V lingual, *ulcération* ovoïde à grand axe longitudinal de 2 cm. 1/2 de longueur sur 1 centimètre de largeur et 1 cm. 1/2 de profondeur. Bords très *indurés*, rouges, saillants de quelques millimètres au-dessus de la muqueuse, *taillés à pic*, assez irréguliers, formant de petits demi-cercles à convexité tournée vers la cavité et à la réunion desquels se trouve une fissure assez profonde intéressant le tissu lingual périphérique.

Fond *jaunâtre*, *bourbillonneux* : l'extrémité tout entière de l'index pénètre facilement dans cette cavité. Elle se prolonge en arrière, dans une étendue de près de 3 centimètres, jusqu'à la partie latérale gauche de l'épiglotte, sous forme d'une très profonde *fissure* presque rectiligne dans le sens antéro-postérieur, quoique décrivant quelques flexuosités du sommet desquelles partent des *fissures transversales*. Cette ulcération, du fond de laquelle on peut détacher, à l'aide d'un pinceau de charpie, des lambeaux sphacelés, est entourée de tissus *indurés*, *lardacés*. Cette *induration* se retrouve d'ailleurs dans un rayon d'au moins 1 centimètre tout autour de la grande ulcération antérieure, et de là elle se prolonge suivant une ligne oblique d'avant en arrière et de gauche à droite, de façon à intéresser également dans son quart postérieur la partie droite de la langue. Au milieu de cette induration droite, au-dessous et en arrière d'une sorte de bourrelet très volumineux, on aperçoit, au miroir laryngoscopique, une *deuxième ulcération* ayant à peu près les mêmes caractères que la première, mais plus arrondie, moins profonde, du volume d'une noisette, à bords rouges saillants, *taillés à pic* et entourée de tissus *mamelonnés* et *indurés*.

Du côté de l'appareil pulmonaire : vibrations exagérées et retentissement de la voix et de la toux au sommet droit, aucun râle.

Pas trace d'éruption sur le corps.

Testicule gauche volumineux induré, surtout vers sa partie antéro-inférieure. *Testicule droit* présentant les mêmes caractères et une épididyme bosselée et augmentée de volume.

Le professeur Fournier porte le diagnostic de gommès syphilitiques de la base de la langue.

TRAITEMENT. — Cautérisation quotidienne à la teinture d'iode; 3 grammes d'iodure de potassium, à l'intérieur ; cette dose est portée à 4 grammes au bout de huit jours.

Trois semaines après son entrée les ulcérations sont tout à fait comblées, il persiste une légère induration.

Dans cette observation, comme dans la première, la syphilis héréditaire se traduit objectivement, surtout par des lésions linguales. Mais il n'est pas toujours ainsi et à côté de ces manifestations du côté de la langue on peut en observer d'autres du côté de différents organes, témoin cette observation :

Observation IV (Résumée). — *Syphilis héréditaire tardive.*

Périostoses gommeuses des tibias, des côtes. Gomme de la langue. Destruction de la luette. Ulcération gommeuse à tendance phadégénique de la lèvre et de la face interne de la joue gauche. Guérison rapide sous l'influence du traitement spécifique (LELOIR et PERRIN. *Annales de Dermatologie* de 1883).

Charles M..., 18 ans, entré le 25 novembre 1882 à Saint-Louis dans le service du professeur Fournier.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — La mère dit être saine. Elle prétend que « le père aurait eu quelque chose étant jeune ».

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — D'après la mère l'enfant n'aurait jamais eu de *maux d'yeux* ni d'*oreilles*. A 3 ans il aurait eu, en nourrice, des *glandes*, des *grosseurs* au cou et des *abcès* sur la poitrine. Il aurait eu, en outre, *mal à la gorge*, mais la nature précise de ces accidents ne peut être déterminée d'une manière exacte. De 3 à 12 ans, bien portant.

A 12 ans, lésions *ulcéreuses* et *osseuses* de la jambe droite pour lesquelles il est entré à Sainte-Eugénie; dans un service chirurgical; on lui prescrit un traitement composé d'huile de foie de morue et d'*iodure de potassium*. Un an après, *mal de gorge* pour lequel il vient consulter à Saint-Louis; on lui prescrit de l'*iodure de potassium*, le mal disparaît au bout de deux mois.

Le malade semble avoir été totalement indemne de tout autre accident jusqu'à il y a deux mois. Depuis deux mois il a mal à la lèvre et à la bouche, lésions qui l'amènent à l'hôpital.

Cette affection semble avoir débuté par la lèvre inférieure dans laquelle il y aurait eu une *bosse* au dire du malade.

ÉTAT ACTUEL. — Jeune homme d'un développement incomplet, grêle, peau pâle, terreuse. Poids : 110 livres, taille : 1 m. 60. Deux *cicatrices* larges comme une pièce de vingt sous, blanches, déprimées, et un peu gaufrées en dedans du mamelon droit.

Jambe droite. — Au tibia droit, le tiers moyen est légèrement hypérostosé, bosselé et irrégulier; *cicatrices* blanches, irrégulières, variant du diamètre d'une pièce de cinq francs à celui d'une pièce de cinquante centimes, *adhérentes* à l'os.

Jambe gauche. — *Cicatrice* brunâtre, irrégulière, large comme une pièce de deux francs, également adhérente à l'os.

Gorge: Pilier antérieur gauche échancré. Luette disparue.

Langue: Au niveau de son tiers antérieur et à la partie médiane la langue présente une *dépression* assez profonde, d'une disposition irrégulière et entourée de *bords lobulés et indurés*, de telle sorte qu'elle rappelle assez bien la langue de Clarke.

Lèvre: Inférieure, surtout à gauche, fortement tuméfiée et légèrement indurée, recouverte au niveau de son bord libre par une croûte brunâtre adhérente.

Au niveau de la moitié gauche de la joue dans sa partie correspondante aux dents, se trouve une *ulcération* profonde à bords irréguliers, plutôt *taillés à pic*, à fond putrilagineux et à odeur infecte.

Autre *ulcération* au niveau de la face interne de la joue gauche à un centimètre en arrière de la commissure. Ulcération indolente, à tendance phadégénique.

Adénopathie sous-maxillaire droite et gauche, ganglions non douloureux, gros comme des noisettes; ganglions dans les triangles sus-claviculaires et dans les plis inguinaux.

Pas d'autres lésions cutanées et osseuses.

Les deux *incisives médianes* supérieures sont très légèrement échancrées à leur partie moyenne.

Guérison en quatre semaine par l'*iodure de potassium*.

Enfin à la syphilis scléro-gommeuse héréditaire peut s'associer la *leucoplasie*, c'était le cas pour Charles Do... La leucoplasie est beaucoup plus commune dans la syphilis acquise, cependant j'en trouve un beau cas chez un hérédo-syphilitique, cas observé par A. Fournier et le Dr Oudin et rapporté par Ed. Fournier dans son livre sur l'hérédo-syphilis tardive. Il est relatif à un

jeune homme de 21 ans, fils d'un père syphilitique et non suspect par lui-même de syphilis acquise :
« 1° Sur la muqueuse génienne, et tout à fait en arrière, véritable lacis leucoplasique, formé par l'entrecroisement de stries blanches, linéaires, rappelant l'aspect d'une toile d'araignée ; 2° sur le plateau dorsal de la langue, cinq ilots leucoplasiques, d'inégales dimensions, le plus volumineux comparable à un noyau de prune, les quatre autres de l'étendue de pépins de poire ou de confetti. Toutes ces lésions sont d'un blanc laiteux et constituent un type très accusé de leucoplasie. »

En résumé voici quelle est la symptomatologie de la syphilis linguale scléro-gommeuse héréditaire :

Début insidieux ne se manifestant subjectivement par rien de notable, si ce n'est peut-être une très légère parésie de la langue. Le malade ne consultera très certainement pas à cette époque, car il ignorera le plus souvent sa lésion ou ne s'en préoccupera pas outre mesure.

Puis peu à peu, de petites ulcérations, des crevasses, des gerçures, se produisant dans les sillons, l'affection d'abord absolument indolente va devenir tellement douloureuse que le malade refusera tout autre nourriture que des liquides et encore ne les absorbera-t-il qu'au prix de grandes souffrances. Il y aura gêne pour mastiquer, pour avaler, et aussi un ptyalisme notable. C'est alors qu'il se présentera devant un médecin avec une langue plus ou moins tuméfiée, d'un aspect sclérosé et lobulé. On pourra constater l'induration et l'aspect dépapillé des lobules, séparés les uns des autres par

des sillons plus ou moins profonds et plus ou moins nombreux. On pourra constater aussi la présence de gomme plus ou moins ramollies et plus ou moins volumineuses, de la grosseur d'un pois à celle d'une cerise, se traduisant à la vue par des saillies, des bosselures.

Enfin, dans un stade encore plus avancé, la gomme de dure qu'elle était au début va devenir comme pâteuse, puis finalement se ramollir, devenir fluctuante et s'ouvrir, donnant naissance à une ulcération plus ou moins étendue et plus ou moins profonde suivant les proportions de la tumeur initiale. (L'ulcération de mon observation III avait 2 cm. 5 de longueur sur 1 centimètre de largeur et 1 cm. 5 de profondeur.) Cette ulcération est creuse; encadrée par une aréole dure et rouge; les bords en sont découpés à pic, les parties avoisinantes sont indurées, sclérosées, le fond en est putrilagineux, anfractueux, bourbillonneux et on en détache, au pinceau, des lambeaux sphacelés. La gomme évolue vers l'ulcération en un an environ mais quelquefois aussi avant ce laps de temps elle est déjà ulcérée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la syphilis linguale scléro-gommeuse héréditaire est d'une importance capitale, car, c'est de lui que dépend le pronostic qu'il pourra faire varier dans des proportions considérables.

Voyons donc sur quoi repose ce diagnostic.

En premier lieu comment reconnaître la nature syphilitique de la lésion elle-même ?

On se basera :

1° Sur les caractères fournis par l'étude objective de la lésion;

2° Sur l'influence du traitement spécifique.

D'après ses caractères avec quoi pourrait-on confondre la syphilis linguale scléro-gommeuse héréditaire ?

A) Il existe une certaine modalité de chancre, appelé précisément *chancre scléreux* (A. Fournier) qui pourrait jusqu'à un certain point être confondue avec cette glosite scléro-gommeuse. Mais : a) le chancre s'accompagne d'adénopathie constante, à ganglions multiples, indo-

lents, d'une dureté spéciale ; la glossite ne présente pas d'adénopathie. *b)* Les parties indurées qui entourent le chancre ne présentent jamais la lobulation et les sillons caractéristiques de la sclérose linguale. *c)* Le chancre d'ailleurs ne pourrait être confondu avec la gomme qu'après l'ouverture de celle-ci, encore n'aurait-il pas le fond si nettement bourbillonneux de cette dernière. *d)* Enfin le chancre forme le premier accident, l'accident primitif ; la glossite scléro-gommeuse a, le plus souvent, été précédée d'autres manifestations : éruptions, pemphigus, syphilides, etc., et de plus les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels ainsi que les différents stigmates d'hérédité syphilitique tranchent, quand ils existent, le diagnostic.

B) Des dents cariées ou ébréchées peuvent déterminer sur le bord correspondant de la langue, une ulcération avec induration simulant *grosso modo* la glossite scléro-gommeuse. Mais après un examen attentif l'hésitation ne pourra persister longtemps, car, il sera facile d'observer le rapport existant entre l'ulcère et les dents coupables.

C) Il est un autre diagnostic différentiel d'une importance capitale quand il s'agit de glossite scléro-gommeuse due à la syphilis acquise, mais sur lequel je ne crois pas cependant devoir m'arrêter à propos de la glossite scléro-gommeuse héréditaire. Je veux parler de l'épithélioma lingual. Et en effet l'épithélioma est une affection de l'âge mûr, dont le maximum de fréquence est entre 50 et 70 ans, et si, à la rigueur, un adulte peut présenter, comme manifestation de syphilis ac-

quise, une glossite scléro-gommeuse à ces âges-là, jamais l'on n'a signalé, que je sache, à une période aussi avancée de la vie des manifestations, quelques tardives qu'elles soient, de syphilis héréditaire. Aussi je n'insisterai pas je signalerai seulement, en passant, en faveur d'un cancer : l'âge du sujet, l'unicité de la lésion, son saignement facile, l'adénopathie constante et caractéristique, etc...

D) Le diagnostic différentiel d'avec la tuberculose est autrement important, car, chez un enfant ou un adolescent, en face d'une ulcération siégeant sur la langue on pensera bien plus facilement à la bacillose qu'à la syphilis.

Aussi, à ce propos, est-il bon de se rappeler ce que dit Mauriac dans ses leçons sur les maladies vénériennes : « Toutes les lésions qui se produisent du côté de la cavité bucco-pharyngée, doivent être, quel que soit l'âge du patient, tenues pour suspectes et, *à priori*, on doit faire dans l'étiologie une part pour le moins aussi grande à l'hérédo-syphilis qu'à la scrofule. »

Voyons sur quels caractères on peut s'appuyer pour faire ce diagnostic différentiel.

Et d'abord avant que la gomme ne se soit ulcérée on ne pourrait la confondre qu'avec une forme très rare de tuberculose linguale : la tuberculose gommeuse profonde bien étudiée par Whitman (1). Et objectivement, en ne considérant que la lésion en elle-même, je dois dire que le diagnostic est on ne peut plus délicat, car,

1. Voyez : WHITMAN, *thèse de Paris*, 1893.

dans sa forme crue, cette tuberculose gommeuse profonde réalise des bosselures absolument identiques à celles des gommes syphilitiques. Il est vrai de dire que la tuberculose ne produit guère une sclérose analogue à celle que produit la syphilis mais ce n'est point là un critérium et M. le professeur Fournier a pu lui-même s'y tromper, c'est dire toute la difficulté que présente parfois un semblable diagnostic. De même, dans sa période de ramollissement, et dans sa période d'ulcération, la tuberculose gommeuse profonde ou abcès froid de la langue peut simuler en tous points l'ulcère gommeux syphilitique. Mais si l'examen objectif de la lésion est insuffisant, en pratique on peut s'appuyer sur trois signes qui différencient l'une de l'autre ces deux affections :

1° Les antécédents héréditaires et personnels du malade montrant : dans un cas la syphilis des parents et d'autres lésions ainsi que des stigmates d'hérédosyphilis ; dans l'autre des tares tuberculeuses ou non mais en tout cas absence d'hérédité syphilitique.

2° L'état général qui le plus souvent quand il s'agit de tuberculose linguale est celui d'un tuberculeux confirmé et qui est au contraire celui d'un syphilitique héréditaire quand il s'agit d'hérédosyphilis.

3° Enfin les résultats que fournit l'épreuve thérapeutique. Tandis que la syphilis linguale est profondément et rapidement modifiée par le traitement spécifique, ce dernier reste sans action sur la tuberculose linguale.

On peut encore ajouter que l'aspect sclérosé et lobulé de la langue est absolument caractéristique de la syphi-

lis linguale et qu'enfin cette forme de tuberculose linguale profonde, très rare comme je l'ai déjà dit, apparaît en général à une époque plus tardive de la vie que la syphilis scléro-gommeuses héréditaire.

L'*ulcère tuberculeux*, beaucoup plus commun que la forme de tuberculose que je viens d'étudier, pourrait aussi être confondu avec la gomme syphilitique ulcérée, d'autant qu'il apparaît avec un maximum de fréquence aux mêmes âges qu'apparaissent les manifestations tertiaires dues à la syphilis héréditaire. Mais l'ulcère tuberculeux a une base souple et il ne donne jamais à la langue l'aspect scléreux et mamelonné que lui confère la syphilis linguale scléro-gommeuse; il coexiste assez souvent avec les petites lésions si caractéristiques qu'on nomme points jaunes de Trélat; il produit des troubles fonctionnels plus intenses que ceux produits par la syphilis linguale; dans les produits de grattage de l'ulcère tuberculeux on peut mettre en évidence le bacille de Koch et l'inoculation de ces mêmes produits au cobaye produit sa tuberculisation. Enfin on a encore comme ressource de s'appuyer sur les signes généraux que je signalais plus haut, c'est-à-dire : les antécédents héréditaires et personnels, l'état général, les résultats de l'épreuve thérapeutique.

E) Il me reste encore à dire quelques mots du diagnostic différentiel de la syphilis scléro-gommeuse héréditaire d'avec la leucoplasie. Et d'ailleurs ces deux affections peuvent coexister comme c'était le cas dans mon observation I. La leucoplasie a des caractères qui lui sont propres : c'est, avant tout, son aspect blanc, ar-

genté, nacré qui la fait reconnaître, elle forme sur la langue des îlots de grosses lamelles, des *copeaux* comme les appelle A. Fournier. De plus, comme c'est une sclérose linguale superficielle, elle n'aboutit jamais au mamelonnement, à la lobulation caractéristique de la glosite scléro-gommeuse. « Elle confère à la langue l'aspect parqueté mais non l'aspect lobulé. » (A. Fournier.)

Je suppose maintenant que le diagnostic de syphilis linguale scléro-gommeuse soit établi, sur quoi se baser, pour affirmer que cette lésion, identique à la lésion de même nature produite par la syphilis acquise, est due, non à une syphilis acquise dans le jeune âge, mais bien à une syphilis héréditaire ?

Ce diagnostic d'origine repose :

- 1° Sur l'enquête menée près de la famille ;
- 2° Sur les signes fournis par le sujet.

Et d'abord l'enquête sur la famille doit porter : A) sur les ascendants ; B) sur les collatéraux.

A) Enquête sur les ascendants. Le père ou la mère, ou les deux à la fois ont-ils eu ou n'ont-ils pas eu la syphilis ? Voilà une question de premier ordre qu'on pourra souvent arriver à résoudre par un interrogatoire bien conduit et au besoin par un examen approfondi de l'un et de l'autre. Mais souvent cette enquête reste confuse, incertaine comme résultats. A l'hôpital, elle est parfois impossible, les parents étant absents, et, en ville on se heurte souvent à des impossibilités d'un autre ordre : syphilis ignorées et ignorées de bonne foi, et syphilis dissimulées.

Il faut encore ajouter à ces difficultés de diagnostic

rétrospectif de syphilis chez les ascendants, une notion toute nouvelle, je veux parler de l'hérédo-syphilis de deuxième génération qui paraît bien démontrée en particulier par les travaux de E. Fournier (1). « Non seulement, il faudra s'enquérir de la syphilis acquise par les parents, mais encore il faudra rechercher si ces parents eux-mêmes ne sont pas entachés de syphilis héréditaire et si ce n'est pas la syphilis des grands-parents qui pourrait être l'origine vraie des accidents relevés sur les petits-enfants. » (E. Fournier.) On comprend donc facilement que, si cette notion de syphilis, contractée par les parents avant la naissance du sujet soupçonné, confirme sans discussion possible le diagnostic que les autres signes avaient fait prévoir, il n'est pas moins vrai que dans bien des cas cette enquête sur les ascendants sera insuffisante. Aussi ne doit-on jamais oublier :

B) L'enquête sur les collatéraux. Et d'abord, il est un signe « dénonciateur » par excellence de l'hérédité spécifique, c'est la *polymortalité infantile* qui se traduit :

- 1° Par des avortements répétés, « en série » ;
- 2° Par des accouchements avant terme ou à terme d'enfants mort-nés ;
- 3° Par la mort d'enfants en bas âge sans que les causes en soient exactement connues.

Cette polymortalité infantile n'est point, à proprement parler, absolument pathognomonique, car l'on sait que la tuberculose, le saturnisme, l'alcoolisme, l'intoxica-

1. Voyez : E. FOURNIER. *Hérédo-syphilis de la deuxième génération*. Paris 1905.

tion par le tabac, sont susceptibles de la produire, mais elle n'en constitue pas moins un indice excellent qu'il ne faudra jamais négliger de rechercher.

Enfin, si le malade lui-même est indemne de stigmates d'hérédo-syphilis, si l'on n'a rien trouvé du côté de ses antécédents héréditaires et personnels, et si cependant l'on a des raisons de croire à une hérédité spécifique, il ne faudra point manquer d'examiner ses frères et sœurs qui eux pourront présenter les marques indubitables d'une hérédité syphilitique.

Ce sont ces signes, ces stigmates d'hérédité spécifique que je m'en vais maintenant étudier. Je les résumerai assez brièvement, cette question ayant été supérieurement traitée, par des observateurs autrement autorisés que moi (1).

Mais avant de rechercher ces stigmates il est nécessaire de s'enquérir des antécédents personnels du malade. Voyons quelles maladies spéciales sont le plus souvent observées chez les enfants issus de parents syphilitiques.

« Il est, comme le dit le professeur Gaucher, une manifestation particulière, localisée en certaines régions, c'est ce qu'on appelle : le *pemphigus* palmaire et plantaire, ou plutôt : la syphilis bulleuse plantaire et palmaire. Ce pemphigus apparaît très souvent dès le sixième ou septième mois de la période intra-utérine, c'est ce qui fait qu'il existe généralement au moment

1. Voir entre autre le récent ouvrage de E. FOURNIER sur la syphilis héréditaire tardive. Paris, 1907.

de la naissance ou dans les premiers jours, exceptionnellement après le troisième, jamais après le septième jour. » (Gaucher.) Il est constitué par des bulles de 1 millimètre à 1 centimètre de largeur et il est très différent du pemphigus épidémique du nouveau-né, qui débute rarement avant le quinzième jour et qui, s'il peut exister exceptionnellement aux mains et aux pieds, commence toujours par le thorax et par la face. Voilà certes un signe de grande valeur en faveur d'une hérédité spécifique, mais d'un côté il est hélas souvent absent, et d'autre part la famille a souvent oublié cette manifestation.

Un autre antécédent de valeur, et qu'il ne faudra jamais négliger de rechercher, est la notion d'un coryza chronique dans les premiers mois de la vie, *coryza* tenace, rebelle, avec écoulement séro-purulent.

On devra rechercher aussi si le malade a été soumis à un traitement hydrargyrique à sa naissance ou dans sa première enfance ; s'il a éprouvé des douleurs osseuses ; s'il a eu des céphalées persistantes ; s'il a présenté des érythèmes des fesses ; s'il a eu des maux d'yeux ou d'oreilles ; s'il a été sujet aux éruptions, aux maux de gorge, aux convulsions ; et cela pour la raison bien simple que les accidents de cet ordre sont précisément ceux qu'il est usuel de rencontrer chez les sujets hérédosyphilitiques.

Enfin il faut rechercher avec soin si le malade n'a jamais eu de syphilis acquise.

Passons maintenant en revue les principaux stigma-

tes à utiliser comme indices de syphilis héréditaire. On peut les diviser en deux groupes :

A) *Stigmata acquis*, c'est-à-dire dus à des accidents syphilitiques antérieurs. Parmi les principaux je citerai : les stigmates cicatriciels provenant de lésions ayant laissé des cicatrices sur les téguments et les muqueuses. Et ces cicatrices se distinguent des cicatrices d'une autre nature : 1° par leur étendue qui peut atteindre quelquefois la largeur de la main ; 2° par leur pigmentation parfois brunâtre ; 3° par leur configuration à contours polycycliques et leur disposition en groupe ; 4° enfin par leurs sièges aux commissures labiales, au nez, à la région lombo-fessière et crurale postérieure, au palais, à la gorge.

Le nez est souvent le siège de difformités tenant à l'affaissement de la partie inférieure ou de la partie supérieure de la charpente (nez en lorgnette, nez camard, nez en pied de marmite).

On trouve souvent du côté des yeux de la *kératite* interstitielle, qui dans la majorité des cas est d'origine spécifique. A l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil on observe souvent des dystrophies pigmentaires de la chorio-rétine, des déformations de la papille, une désorganisation complète de membranes profondes de l'œil.

On retrouve aussi parfois des antécédents d'otite purulente et des perforations du tympan. Ces troubles du côté de l'oreille avec la kératite interstitielle et les érosions dentaires, surtout celles des incisives média-

nes supérieures en coup d'ongle, forment ce qu'on a appelé la *triade d'Hutchinson*.

Ces stigmates acquis, quand ils existent, sont d'excellents indices de syphilis héréditaire, mais malheureusement il est souvent impossible de les mettre en évidence, aussi doit-on rechercher avec soin :

B) *Les stigmates dystrophiques*, qui, par leur réunion, peuvent faciliter singulièrement le diagnostic.

« Les sujets touchés par la diathèse hérédo-syphilitique présentent en général un teint plombé, d'un gris sale, presque terreux » (Hutchinson). Ils grandissent lentement, sont grêles et de petite taille. Ils présentent souvent un front bombé, olympien.

Le crâne peut être élargi transversalement, nati-forme, asymétrique, hydrocéphale.

La voûte palatine est souvent profonde, ogivale.

Les tibias peuvent affecter la forme dite en lame de sabre.

Les poils, les testicules souvent sclérosés, les seins, tout chez ces sujets peut rester infantile.

Enfin du côté de l'appareil dentaire, les stigmates dystrophiques fourniront aussi de très précieux indices d'une hérédité spécifique. Quelques-uns d'entre eux (microdontisme, amorphisme, vulnérabilité dentaire) ne constituent pas des signes pathognomoniques de syphilis héréditaire, mais ils sont propres à éveiller les soupçons du médecin.

L'atrophie du sommet dentaire, la dent en tournevis, l'érosion dentaire en sillon surtout, sont déjà plus significatives.

Mais le meilleur stigmate dentaire est la *dent d'Hutchinson*, caractérisée avant tout par une échancrure semi-lunaire, en coup d'ongle, occupant le bord libre des incisives médianes supérieures. Ces incisives sont de plus fréquemment déviées en dedans, s'inclinant l'une vers l'autre (obliques convergentes) et affectent souvent aussi la forme dite en tournevis, allant en s'amincissant du collet au bord libre.

Tels sont les principaux stigmates d'hérédo-syphilis voyons maintenant quelle est leur valeur diagnostique.

La dent d'Hutchinson, les cicatrices de la peau et des muqueuses, les cicatrices péribucales, sont les signes d'hérédité spécifique de la plus haute valeur.

La triade d'Hutchinson (kératite interstitielle, écoulements d'oreilles ou perforations du tympan, érosion dentaire et surtout échancrure en coup d'ongle des incisives médianes supérieures) permet également d'affirmer le diagnostic.

Il en est de même des tibias en lame de sabre, du crâne natiforme, de l'atrophie testiculaire, tous signes suffisamment caractéristiques à la condition d'être réunis en assez grand nombre. Les autres stigmates sont d'une importance beaucoup moindre.

Malheureusement il ne faut point s'attendre à rencontrer, dans tous les cas, ces stigmates d'hérédité spécifique, et, dans mon observation I, par exemple, ils faisaient totalement défaut.

En résumé le diagnostic de la syphilis scléro-gommeuse héréditaire repose donc, comme d'ailleurs celui de toutes les lésions tardives dues à l'hérédo-syphilis :

- 1° Sur les caractères objectifs de la lésion ;
- 2° Sur les antécédents personnels du malade ainsi que sur les différents stigmates d'hérédité syphilitique qu'il peut présenter ;
- 3° Sur ses antécédents héréditaires et collatéraux ;
- 4° Sur l'absence d'une syphilis acquise ;
- 5° Enfin sur l'influence du traitement spécifique.

Voyons maintenant quelle est la gravité de cette lésion.

PRONOSTIC

Le pronostic de la syphilis linguale scléro-gommeuse héréditaire sera tout différent selon que le diagnostic aura été fait ou non, et aussi selon l'époque à laquelle il aura été fait.

S'il est fait dans le début de la maladie, alors que la ou les gommes ne sont pas encore ulcérées et même lorsque ces gommes sont ulcérées, mais alors surtout que le processus de sclérose n'est constitué que par une hyperplasie cellulaire et non par une dégénérescence fibreuse proprement dite de l'organe, le pronostic sera bénin. Mon observation I ainsi que les deux autres en font foi. Sous l'influence du traitement spécifique la langue ne tarde pas à recouvrer sa souplesse, les gommes à s'affaïsser ou à se combler, les gercures et par conséquent la douleur qui les accompagne à disparaître.

Supposons maintenant que le diagnostic ne soit fait que très tardivement lorsque l'organe est devenu fibreux.

Certes, sous l'influence d'un traitement général spécifique et d'un traitement local, les ulcérations gommeuses vont se combler, les gerçures et les douleurs disparaître, mais le malade n'en restera pas moins avec une sclérose linguale, qui, comme la sclérose due à la syphilis tertiaire acquise, aboutira facilement, sous l'influence d'une irritation quelconque, à de nouvelles gerçures et aux troubles fonctionnels qui en découlent.

Si enfin, la nature exacte de la lésion étant méconnue, on se contente d'un traitement local, on parviendra peut-être, à l'aide de gargarismes cocaïnés par exemple à atténuer et même à faire disparaître la douleur et à l'aide de cautérisations à guérir les fissures, mais la maladie n'en persistera pas moins, sujette à des récidives de plus en plus fréquentes, arrivant à rendre la vie insupportable au malade. De plus l'ulcération gommeuse au lieu de se combler pourra s'étendre, se compliquer de phadégénisme, s'infecter ou présenter une évolution interminable. On comprend facilement combien alors le pronostic est loin de la bénignité que je signalais il y a un instant.

Un traitement approprié, découlant tout naturellement d'un diagnostic exact, pourra donc là encore, comme dans la presque totalité des lésions dues à la syphilis acquise ou héréditaire, faire varier le pronostic dans des proportions considérables.

C'est ce traitement que je m'en vais maintenant étudier.

TRAITEMENT

Et d'abord dans quels cas instituer ce traitement ? Aussitôt que le diagnostic est posé, cela va de soi ; mais encore dès qu'on aura seulement des soupçons en faveur de la nature syphilitique de la lésion. Car non seulement il est sans danger, lorsqu'il est administré prudemment, même s'il tombe à faux, mais de plus il constitue, nous l'avons vu, un élément de haute valeur pour le diagnostic différentiel, et enfin rien n'empêche de lui associer un traitement antiscrofuleux, par exemple, si on hésite entre ces deux maladies : syphilis et tuberculose.

Ce traitement comprendra une médication locale et une médication générale de beaucoup la plus importante.

Médication locale. — Hygiène et antisepsie de la bouche à l'aide de grands lavages à la suite des repas, pour éviter la stagnation des aliments dans les sillons ou au niveau des gerçures et ulcérations.

Ces lavages, comme d'ailleurs les bains de bouche prolongés cinq à dix minutes qu'on prescrira aussi avec avantage, seront faits avec des solutions émollientes (eau de guimauve et de pavot, par exemple) mais surtout avec des solutions cocaïnées susceptibles d'atténuer les douleurs. On proscriera tout ce qui pourrait irriter la muqueuse buccale (aliments épicés, boissons alcooliques, etc.). Il est bon enfin de cautériser les crevasses et gerçures, une fois par semaine, au nitrate d'argent, c'est là, d'après A. Fournier, un bon moyen de soulagement et de soulagement immédiat qui de plus active la cicatrisation. Quant aux gommès, à la période d'ulcération, on se contentera de faire chaque jour à leur niveau des attouchements à la teinture d'iode.

Médication générale, traitement spécifique. — C'est certainement la seule médication vraiment curative, suffisante pour amener une guérison rapide et complète. Mais, malgré cette importance du traitement spécifique, je n'y insisterai pas très longuement, car, il ne diffère en rien du traitement applicable à toutes les manifestations tertiaires de la syphilis acquise ou héréditaire, quel que soit leur siège.

On instituera donc un traitement mixte, intensif, composé de mercure et d'iodure de potassium.

Le mercure est à lui seul capable de guérir la lésion, c'est le véritable remède spécifique de la syphilis, c'est ainsi que le malade qui fait l'objet de mon observation I a été guéri uniquement par une série de piqûres de biiodure et une série de frictions.

« L'iodure de potassium n'est pas un spécifique

comme le mercure ; c'est surtout un résolutif de néoplasies syphilitiques » (Gaucher). Et, à ce titre de résolutif, il doit être associé au mercure dans le traitement de la syphilis linguale scléro-gommeuse héréditaire. Il a d'ailleurs fait ses preuves puisque les malades de mes observations III et IV ont vu leurs lésions guérir à la suite de son emploi exclusif.

Le mercure sera employé sous forme de frictions à l'onguent napolitain, ou mieux, en injections intramusculaires de biiodure ou de benzoate par exemple. Les doses, variables de 2 milligrammes à 2 centigrammes par jour, seront réglées selon l'âge du malade, sa constitution et la gravité du mal.

L'iode de potassium sera donné à doses assez fortes, de 2 à 4 grammes chez les enfants de 8 à 15 ans, et même jusqu'à 8 grammes et plus chez l'adulte, en ayant soin toutefois d'en surveiller soigneusement les effets et de s'arrêter à la moindre menace d'intoxication (enchifrènement, coryza, larmolement, érythèmes, acné, purpura, inflammation des voies aériennes, hémorragies, etc.).

Sous l'influence de ce traitement spécifique, la guérison ne se fera pas attendre longtemps. Elle a demandé un mois dans ma première observation, trois semaines dans ma troisième, quatre semaines dans ma quatrième.

De l'ensemble des faits exposés dans ce modeste travail voici, je crois, ce que l'on peut conclure :

CONCLUSIONS

I. — Il existe une syphilis linguale scléro-gommeuse héréditaire, identique cliniquement à la glossite de même forme due à la syphilis acquise. C'est là, en vérité, une affection excessivement rare, mais à laquelle cependant on devra songer.

II. — Le diagnostic de cette lésion repose :

1° Sur ses caractères objectifs ;

2° Sur les antécédents personnels du malade, ainsi que sur les différents stigmates d'hérédo-syphilis qu'il peut présenter ;

3° Sur ses antécédents héréditaires et collatéraux ;

4° Sur l'absence d'une syphilis acquise ;

5° Enfin sur l'influence du traitement spécifique ;

III. — Le pronostic est sous la dépendance du diagnostic. Bénin lorsque la nature exacte de l'affection a été reconnue et que par conséquent un traitement approprié est intervenu, il est de beaucoup plus sombre quand le diagnostic n'a pas été fait.

IV. — Le traitement, auquel on peut ajouter une médication locale, est avant tout le traitement spécifique : traitement mercuriel seulement, ou mieux, traitement mixte aux mêmes doses, suivant l'âge du sujet, sa constitution et la résistance de la lésion, que dans la syphilis acquise.

Vu : le Président de la thèse,

GAUCHER

Vu le Doyen

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUGAGNEUR. — *Thèse de Lyon*, 1879.
- BROCQ. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1883.
- DIARD HENRY. — *Thèse de Paris*, 1901.
- A. FOURNIER. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1897.
- Syphilis héréditaire tardive. Paris, 1886.
- Traité de la syphilis. Paris, 1901.
- E. FOURNIER. — Hérédo-syphilis tardive. Paris, 1907.
- Hérédo-syphilis de deuxième génération. Paris, 1905.
- GAUCHER. — Syphilis héréditaire. *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*. Paris, 1904.
- Traitement de la syphilis. *Œuvre médico-chirurgicale*. Paris, mai 1905.
- LELOIR ET PERRIN. — *Annales de Dermatologie*, 1883.
- MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes.
- MÉRY. — *Revue internationale de médecine et de chirurgie*. Paris, 1905.
- MÉRY ET ARMAND-DELILLE. — *Société de Pédiatrie*. Paris, 1905, Bul. 8.
- WEILL (E). — *Médecine infantile*.
- WHITMAN. — *Thèse de Paris*, 1893.

